**申请人思想品德鉴定表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申请人姓名： | | 性别： | | | | 工作单位： | | |
| 2 | 常住地址： | | | | 邮编： | | | 电话： | |
| 3 | 身份证号码： | | | | 申请资格种类及学科： | | | | |
| 4 | 工作、政治、思想表现 |  | | | | | | | |
| 5 | 热心社会公益事业情况 |  | | | | | | | |
| 6 | 遵守社会公德情况 |  | | | | | | | |
| 7 | 有无行政处分记录 |  | | | | | | | |
| 8 | 有无犯罪记录 |  | | | | | | | |
| 9 | 其他需要说明的情况 |  | | | | | | | |
| 10 | 鉴定单位  （全称） |  | | | | | | | |
| 11 | 鉴定单位  地址 |  | | 电  话 | |  | | 邮  编 |  |
| （单位）填写人（签名）：　　　　　　　　　　　填写日期： 　　年　 月　 日  　　　　　　　　　　　（加盖单位组织人事部门公章） | | | | | | | | | |

本表由中华人民共和国教育部监制

说明：

1、表中第1-3栏由申请人填写；第4-11栏由申请人所在工作单位（单位必须具有人事档案管理权，否则不予承认）或者所在乡镇（街道）填写（其中第8栏也可以由公安派出所或警署填写）

2、“编号”由教师资格认定机关填写。

3、填写字迹应该端正、规范。

4、本表必须据实填写。

广东省教师资格申请人员体格检查表

（2013年修订）

  市 县(区) 申请资格种类

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | | | 年龄 | | |  | 民族 | | |  | | 贴  相  片  处 | |
| 籍 贯 | |  | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | 职 业 | | | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 既往病史  （项目见说明） | | 本人签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (以上空白处由申请人如实填写) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | | | 右 | 矫正  视力 | | | | 右 | | | | 矫正度数 | | 右 | | | | 医师意见:            签名: | | |
| 左 | 左 | | | | 左 | | | |
| 辨色力 | | |  | | | | | 眼病 | | | |  | | | | | |
| 听力 | | | 左耳 　　　米 | | | | | | 右耳 　　 米 | | | | | | | | |
| 鼻 | | | 嗅觉 | |  | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面部 | | |  | | | | 咽喉 | | | | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | | |  | | | | 齿 | | | | | | |  | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | | | 厘米 | | | | 体重 | | | | | | | | 千克 | | | 医师意见:      签名: | | |
| 淋巴 | | |  | | | | 脊柱 | | | | | | | |  | | |
| 四肢 | | |  | | | | 关节 | | | | | | | |  | | |
| 皮肤 | | |  | | | | 颈部 | | | | | | | |  | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见:            签名: | | |
| 营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查  (附化验单) | | | 血常规 |  | | | | 肝功五项  （谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项） | | | | | | | | |  | | 肾功三项 | |  |
| 血糖 |  | | | | 类风湿因子 | | | | | | | | |  | | 尿常规 | |  |
| 仅限申请幼儿教师资格 | | | 淋球菌 | | | | |  | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | |
| 梅毒螺旋体 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 妇科  检查 | 滴虫 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 念球菌 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | | 医师签名: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | | | 主检医生签名:  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | | | 体检医院 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。